L'ANGINE OURLIENNE

N° 88

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 20 juillet 1909

PAR

ACAD. MED. BAT. BIBL.

Raoul SASSY

Né à Béziers (Hérault), le 23 octobre 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Qaai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.		TRUC (✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .		RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.		VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT ED	CABANNES
POUZOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.* | VIRES, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance infinie.

A MA FIANCÉE

Vous avez été l'unique raison des études que couronne ce travail, acceptez-en l'hommage comme la preuve la plus sûre des sentiments que vous connaissez depuis longtemps.

A MON COUSIN LOUIS VIAL

PHARMACIEN DE 1re CLASSE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES

R. SASSY.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HÉDON

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

VIRES ET LEENHARDT

R SASSY

Si notre thèse inaugurale ne traite pas une question d'oto-rhino-laryngologie, spécialité à laquelle nous nous destinons depuis plusieurs années, la raison en est dans les réticences et les hésitations d'un malade des consultations gratuites, atteint de fracture du nez et qui a reculé indéfiniment, après l'avoir acceptée, l'opération proposée par notre maître, M. le Professeur Hédon.

M. le Professeur Carrieu, dans le service duquel nous avons fait toute notre éducation médicale, a bien voulu nous indiquer le sujet que nous présentons aujourd'hui et accepter la présidence de notre thèse, ce dont nous sommes très honoré. Nous n'oublierons jamais sa grande bienveillance à notre égard et les remerciements que nous lui adressons ici sont une bien faible preuve de notre respectueuse affection.

M. le docteur Margarot, interne du service, nous a aidé de sa précieuse collaboration et nous a ainsi prouvé la sincérité d'une amitié déjà ancienne.

M. le Professeur Hédon a été notre maître en laryngologie ; nous le remercions de l'enseignement qu'il nous a donné, et la confiance qu'il nous a montrée pendant les trois années où nous avons été son assistant nous honore profondément.

Le docteur Vidal a été pour nous un maître et un ami, et il sait tout le bien que nous pensons de lui et quel prix nous attachons à son amitié.

MM. les professeurs-agrégés Vires, Soubeyran et Leen-

hardt nous ont toujours montré une sympathie dont nous leur sommes reconnaissant.

Enfin, nous ne voulons pas quitter Montpellier, sans assurer de notre inaltérable amitié notre cousin Peyronnet, avocat, et nos bons amis les docteurs Roger et Delmas, chefs de clinique, Roque, Levère, Gaychet et Faysse.

L'ANGINE OURLIENNE

INTRODUCTION

Parmi les maladies les mieux connues dans leur allure générale, leurs symptômes, leurs complications les plus diverses, les oreillons occupent certainement une des premières places, et les sciences accessoires de la médecine moderne n'ont rien apporté de bien précis aux observations laissées par les anciens ; cependant, si complètes et si détaillées que soient ces observations, chaque année une nouvelle épidémie met en relief un caractère particulier, une complication, signalée sans doute, mais non manifestée depuis longtemps, ni avec autant d'intensité, et donnant à cette épidémie sa gravité et son cachet spécial, la différenciant nettement des précédentes.

C'est ainsi que sans parler de l'orchite classique et presque constante, on a tour à tour décrit les néphrites, les pancréatites, les affections pleuro-pulmonaires, et surtout les complications nerveuses, faisant ainsi passer presque au second plan l'affection primitive, c'est-à-dire le gonflement des parotides, au point que les oreillons, maladie réputée bénigne, « les malades n'ont pas besoin de recourir aux soins de l'officine », disait Hippocrate.

sont considérées aujourd'hui comme maladies graves par leurs complications.

L'épidémie que nous avons observée à la fin de l'hiver de 1909, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Carrieu, a été surtout remarquable par la gravité des angines et nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à traiter avec quelques détails cette question, que les auteurs laissent ordinairement de côté.

Certes, l'angine ourlienne a été signalée depuis bien longtemps comme prodrome et comme symptôme bénins, et nous ne songeons pas à décrire une nouveauté ; mais, comme dans les différentes relations d'épidémie, on n'a jamais noté que la gravité des ourles fût en rapport avec l'angine, et qu'il nous a été permis d'observer quelques cas d'oreillons graves, dont la gravité était due à une angine intense s'accompagnant d'hyperthermie, nous avons cru bon de signaler aux cliniciens cette complication peu habituelle.

Notre travail se divise en trois parties :

Dans la première, assez courte, nous reprenons l'opinion des auteurs sur l'angine bénigne, et nous la décrivons d'après eux en précisant sa fréquence : c'est l'angine-symptôme.

La seconde, plus importante, traite de l'angine-complication : à ce propos, nous publions trois observations inédites et nous tâchons d'en tirer le type clinique de ces angines graves. Le diagnostic différentiel complète cette partie.

La troisième, enfin, est réservée à l'étiologie et à la pathogénie.

HISTORIQUE

Ce n'est guère que vers le milieu du siècle dernier que l'on a parlé d'angine dans les oreillons. En effet, en parcourant la vieille littérature médicale, on constate que les auteurs, en décrivant cependant avec beaucoup de soins et de détails cette maladie qu'ils connaissaient bien, ne font aucune allusion à l'angine. Hippocrate, dans sa description de l'épidémie de Thasos, signale l'orchite et la bénignité de l'affection. Celse et Forestus qui, le premier, a distingué les parotidites suppurées des oreillons proprement dits, et, plus près de nous, Ambroise Paré, ne mentionnent pas l'angine dans leurs mémoires. Et ce n'est que dans l'Encyclopédie des sciences médicales de 1840, que, pour la première fois, en décrivant les oreillons sous le nom d'angine parotidienne, on signale l'existence de douleur à la déglutition, « qui est quelquefois impossible et s'accompagne parfois d'otalgie ».

Dès lors, l'attention est attirée sur ce point et, depuis cette époque, les auteurs se sont tous plus ou moins préoccupés des manifestations pharyngées en insistant sur leur bénignité.

Guéneau de Mussy, essayant d'établir une comparaison entre les oreillons et les fièvres éruptives, parle d'énanthème buccal. Trousseau, dans les Archives générales de médecine de 1854, signale un cas grave d'oreillons avec « douleur de gorge précédant l'orchite », et dans ses clini-

ques de l'Hôtel-Dieu, il dit : « d'autres fois, le gonflement s'étend aux amygdales et au tissu cellulaire intra-guttural et amène de la gêne dans la déglutition. »

Rilliet, à propos de la comparaison de Guéneau de Mussy, faisait remarquer, dans la Gazette Médicale de 1850 (Mémoire sur une épidémie d'oreillons à Genève, en 1840), que l'examen de la bouche, ainsi que celui de la gorge, ne lui avait donné que des résultats négatifs ; mais plus tard, en 1861, dans son Traité des maladies des enfants, publié en collaboration avec Barthez, il écrit : « Cependant, on a vu les amygdales participer à cette affection et le gonflement être assez considérable pour rendre la déglutition difficile et la suffocation imminente. » Carpentier, dans sa thèse (Paris, 1869), cite un M. Bouchut, qui aurait trouvé l'isthme du gosier et le pharynx rouges et tuméfiés.

Dans le même ordre d'idées, Collin, en 1876 (Union Médicale), fait remarquer comme Rilliet, qu'il n'a pas observé d'énanthème intra-buccal, bien qu'ayant l'habitude d'examiner chez ses malades la cavité buccale et pharyngienne, en raison de la fréquence des angines concomitantes ; de plus, il ajoute : « Nous inclinons à penser que dans bien des cas où un appareil fébrile a précédé la tuméfaction des parotides, on peut en rapporter la cause à des complications de voisinage, notamment à l'angine. » Gailhard, dans sa thèse très documentée, faite à Montpellier en 1877, note qu'il y a parfois de la stomatite et de l'angine en même temps que la sécheresse de la gorge ; il parle aussi de gonflement et de congestion des amygdales. Après lui, Rességuier, Malabouche, Fabre, Plagneux, Gascaud, Sallaud, Pognon, disent sans préciser l'angine fréquente et parlent sans insistance de rougeur du voile, de la bouche et du pharynx.

Les médecins militaires, mieux placés que les autres pour observer des épidémies d'oreillons, ont étudié cette maladie dans ses moindres détails et ont signalé ses complications les plus rares ; cependant, peu d'entre eux signalent l'angine.

Laveran, dans son Traité des maladies des armées, cite Rilliet et Barthez, sans apporter d'observations nouvelles ; Chauvin, Juloux, Laurens, Sorel, dans leurs relations d'épidémies d'oreillons publiées en 1876 et 1877, dans le Recueil de Mémoires de médecine militaire, ne parlent pas une seule fois d'angine. Serviet, en 1878, l'a vue dans la plupart des cas, mais légère. Et ce n'est que Jourdan et Madamet qui, dans leurs relations d'épidémie de Dax et du 1er hussards, publiées dans le même recueil, insistent sur l'angine, symptôme dominant, quoique pas très grave : sur 60 cas, Jourdan l'a observée 19 fois, dont 5 avec gonflement fluxionnaire de l'amygdale : « L'angine pharyngée coïncide avec les oreillons et les précédait souvent... ; quelquefois, elle constituait le symptôme dominant », et, à propos de l'amygdalite, il dit : « Un symptôme plus remarquable était le gonflement œdémateux, progressif, d'une ou deux amygdales. Cependant, elles étaient peu enflammées, et nous aurions pu croire à une hypertrophie ancienne, si les malades ne nous avaient affirmé n'avoir jamais eu le moindre mal à la gorge... ; nous constations en même temps un *léger mouvement fébrile* avec état saburral, anorexie, malaise, soif, céphalée, constipation. »

Quant à Madamet, il a rencontré 11 fois sur 56 cas « l'angine tonsillaire coïncidant avec le début de l'oreillon ».

« Le développement des amygdales fut considérable sans que, toutefois, nous ayons vu le flux congestif ou

l'inflammation se propager au point d'amener l'œdème de la glotte et occasionner des accidents sérieux. »

Ces observations confirmées par celles de Catrin, en 1893 (62 angines sur 100 cas d'oreillons) ont rendu désormais classique l'angine ourlienne et tous les auteurs modernes décrivent cette localisation pharyngée sans rien signaler de personnel, ni de grave sous ce rapport.

ETUDE CLINIQUE

Avant d'aborder l'étude clinique de l'angine des oreillons, il conviendrait de préciser la signification des localisations pharyngées du processus ourlien.

L'angine est-elle un symptôme ou une complication ? La majorité des auteurs, considérant la fréquence de cette inflammation de l'arrière-gorge, n'hésitent pas à classer cette angine parmi les symptômes.

D'autre part, Jourdan a signalé des cas de pharyngite et d'amygdalite dont l'intensité était telle qu'elle constituait la manifestation dominante de l'infection, sans toutefois augmenter sa gravité.

Quant à nos observations, elles se rapportent à des cas dans lesquels l'allure clinique et le pronostic ne semblent dépendre que de l'angine ; aussi, il nous est bien permis de penser que nous sommes en présence d'une véritable complication. Si nous nous rappelons que la complication n'est autre chose que l'exagération d'un symptôme habituel, ou l'apparition d'un accident ou d'une nouvelle maladie, déterminée plus ou moins directement par la première, nous voyons que la conception de l'angine-complication ne s'oppose en rien à la conception de l'angine-symptôme. Notre étude clinique comprendra donc deux parties distinctes : l'une se rapportant à l'angine banale, qui accompagne généralement les oreillons ; l'autre, ayant

trait aux oreillons, dans lesquels l'angine a constitué non seulement le symptôme dominant, mais a présenté une gravité remarquable, de nature à rendre plus sévère le pronostic.

I

L'angine symptome habituel des oreillons

A) Fréquence. — Les documents qui nous ont servi à établir la fréquence de l'angine ourlienne sont de deux ordres : d'une part, les relations d'épidémie parues jusqu'à ce jour ; de l'autre, la recherche de l'angine chez les 115 malades atteints d'oreillons, qui ont été en traitement, cet hiver, au pavillon des contagieux. Les documents bibliographiques que nous avons parcourus peuvent à leur tour se diviser en deux classes : les uns, assez vagues, résument plutôt l'impression générale de leurs auteurs ; c'est le cas des mémoires de Gailhard, Rességuier, Malabouche, Fabre, Plagneux, Pognon, Serviet, Puech, dont les recherches ont été dirigées ailleurs, et qui parlent sans grande insistance d'angine fréquente, soit de rougeur du voile et de la gorge ; les autres, accompagnés de statistiques très précises, fournissent des preuves indiscutables : Fournier a trouvé 10 pharyngites et 6 angines sur 24 cas, Bourgeois, 19 sur 60, Jourdan, une proportion à peu près analogue (16 sur 60) ; Madamet, 11 sur 56. Enfin, Catrin, en 1893, a établi un pourcentage assez élevé 62 p. 100, et dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1895, il confirme cette proportion, en disant que la rougeur buccale et pharyngée existe dans les 2/3 des cas. Aussi Comby conclut-il, après ces chiffres, que l'angine ourlienne est incontestable et incontestée.

Dans l'épidémie qui a sévi dans la garnison de Montpellier, en 1903, Devèze et Sarradon ont constaté l'angine chez 25 des 234 malades qu'ils ont observés ; cette angine était érythémateuse et s'arrêtait à ce stade.

En 1905, sur 45 malades, 3 angines érythémateuses et deux pultacées. « Dans aucun cas, disent les auteurs, cette complication n'a présenté de phénomènes généraux inquiétants et a facilement cédé, en 4 ou 5 jours, à des gargarismes émollients et légèrement antiseptiques ». Enfin, dans l'épidémie de 1909, nous avons rencontré l'angine 27 fois sur 115 malades en traitement, dont 3 très graves, avec hyperthermie, particularité que n'avaient pas encore signalée les auteurs.

B) Description. — L'angine des oreillons apparaît en même temps que le gonflement des parotides ; quelquefois, avant toute tuméfaction, elle est bénigne, et se manifeste par une rougeur diffuse de l'arrière-gorge, avec ou sans grosseur des amygdales (Jourdan, Madamet) ; elle est le plus souvent érythémateuse, et ne s'accompagne que très rarement d'enduit pultacé ou pseudo-membraneux. La bouche est sèche et rouge, la réaction de la salive devient acide. Il n'y a généralement pas d'adénopathie très marquée ; cette angine évolue en même temps que le gonflement parotidien, elle est souvent apyrétique, ou ne s'accompagne que d'une fièvre modérée (38°, 38°5). Elle disparaît en même temps que les ourles, quelquefois même avant, et l'on n'en trouve généralement pas de traces lorsque surviennent les complications le plus souvent observées.

Jourdan et Madamet signalent bien un certain nombre de cas d'angines ourliennes ayant paru présenter une certaine intensité, mais dans tous les cas, la gravité des symp-

tômes généraux a été peu considérable, et les auteurs ont eu soin de le faire remarquer (voir le passage cité dans l'historique).

II

Angine complication

La description volontairement écourtée que nous venons de faire de l'angine ourlienne semble ne faire de cette manifestation qu'un symptôme bénin, parfois fruste, quelquefois prédominant comme dans les cas de Jourdan et de Madamet, mais les auteurs n'ont publié jusqu'ici aucune observation dans laquelle l'angine ait été un facteur important de gravité. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir recueillir, cet hiver, dans le service de M. le professeur Carrieu, quelques observations d'angine grave, avec hyperthermie, chez les militaires atteints d'oreillons.

La première est due à l'obligeante amitié de M. Margarot, interne du service, les deux autres ont été prises en collaboration avec lui.

Nous rapportons d'abord ces observations, puis nous essayerons d'établir, d'après elles, le type clinique de ces angines graves au cours des oreillons.

Ces observations se divisent en deux groupes : le premier et le plus important dans lequel l'angine a constitué à elle seule la complication grave de la maladie ; le second, dans lequel l'angine, de moyenne intensité, a été simplement un élément de pronostic de la gravité du processus ourlien, celui-ci ayant donné lieu, d'autre part, à diverses complications en rapport avec cette gravité.

OBSERVATIONS

Observation Première

Oreillons parotidiens. — Angine herpétique. — Hyperthermie — Orchite

H... P..., sapeur au 2e génie, entre le 13 février 1909 dans le service de M. le professeur Carrieu, au pavillon des Contagieux.

Il a éprouvé, la veille, une douleur au niveau de la région parotidienne du côté droit et a constaté un léger gonflement au même endroit. En même temps, il a eu quelques frissons et un peu de céphalée. Le jour de son arrivée à l'hôpital, la douleur est bilatérale.

L'anorexie est complète ; gêne légère à la déglutition, le malade a des nausées, mais ne vomit pas ; il est constipé.

Il ne tousse pas ; pas de dyspnée ni de palpitations. Il dort bien la nuit.

Antécédents personnels. — De complexion robuste, il prétend n'avoir jamais eu qu'une affection oculaire (?), guérie sans laisser de traces ; jamais de blennorrhagie et ne s'est pas livré récemment à des excès vénériens.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Examen. — On constate un gonflement modéré des deux

régions parotidiennes, surtout marqué au niveau du sillon rétro-maxillaire.

La peau conserve sa coloration normale. La palpation est douloureuse, plus particulièrement au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. Le doigt éprouve une sensation de résistance élastique uniforme.

La bouche est sèche, la langue saburrale ; on observe, au niveau de la gorge, une rougeur diffuse, sans netteté et sans caractères spéciaux ; pas de ganglions sous-maxillaires engorgés. Le malade urine peu ; pas d'albumine. La température atteint 38°9 ; le pouls est à 100. On prescrit des gargarismes à l'eau oxygénée et à l'intérieur 0 gr. 60 de sulfate de quinine en deux cachets.

Le 14 février, l'état du malade paraît stationnaire et la température est de 38 degrés.

Le 15 au soir, il éprouve brusquement de nouveaux frissons, accuse une violente douleur à la gorge, une dysphagie très marquée ; il vomit.

La température atteint 39 degrés. Le pouls est à 90. La tuméfaction parotidienne ne présente rien d'anormal, elle a même légèrement diminué ; par contre, le pharynx, le voile du palais, les piliers antérieurs et les amygdales sont rouges, tuméfiés, la sécheresse de la gorge est extrême. Le pourtour des orifices des canaux de Sténon est légèrement surélevé ; il se distingue du reste de la muqueuse par une teinte plus foncée.

Dans la nuit du 15 au 16, les symptômes d'angine deviennent de plus en plus intenses : la douleur est très vive, comparable à une brûlure. La dysphagie est extrême, et c'est au prix des efforts les plus pénibles que le malade parvient à avaler quelques gorgées de liquide ; il les rend, du reste, presque aussitôt.

Le 16 au matin, la température atteint 40°3 et 41 degrés

le soir. Le pouls est à 92. La gorge présente une rougeur très intense, les amygdales sont volumineuses et se rejoignent presque sur la ligne médiane ; à leur surface, comme aussi sur la luette et les piliers antérieurs, se trouve un semis de vésicules, que leur contenu opalin rend très visible sur la muqueuse congestionnée : il n'y a ni dépôt pultacé, ni fausses membranes. On continue les lavages à l'eau oxygénée, que l'on alterne avec des gargarismes au salicylate de soude à 5 0 0. On fait des injections intra-musculaires de bromhydrate de quinine et d'antipirine.

Le 17, la température est un peu moins élevée (40° le matin et 39°7 le soir) : la tuméfaction parotidienne, déjà en voie de régression, a complètement disparu, mais l'angine est toujours aussi violente ; le pouls est bon ; on compte 84 pulsations à la minute.

Le 18, le malade éprouve une légère douleur au niveau du testicule droit. On constate à cet endroit un peu de gonflement ; on prescrit des onctions du scrotum avec une pommade à l'ichthyol et au gaïacol ; on fait de la compression ouatée.

La température est de 39°7 le matin et de 39°4 le soir ; le pouls s'accélère un peu ; il est à 110.

Le 19, l'état général est toujours grave ; il semble cependant que l'angine soit un peu moins intense ; par contre, la fluxion testiculaire est un peu plus marquée, mais le gonflement reste toujours limité au côté droit et s'accompagne de douleur très légère. Brusquement, la température remonte : elle est de 40 degrés le matin et atteint, le soir, 41°3, sans que l'examen des diverses régions du corps décèle l'existence de l'apparition d'une complication nouvelle. Le pouls est à 100. Les bruits du cœur normaux. La respiration est un peu rude.

Le malade urine 300 centimètres cubes : pas d'albumine.

Un frottis de la gorge, prélevé la veille, et ensemencé sur sérum gélifié, n'a pas cultivé. On fait néanmoins une injection de sérum antidiphtérique pour combattre l'intoxication générale.

Le 20 au matin, les divers symptômes sont très amendés ; la température tombe à 38°1. La gorge est encore très rouge, mais on ne trouve plus de vésicules d'herpès. Le soir, la température est de 37°9 ; elle atteint 38°7 le lendemain matin 21 février, et 38 degrés le soir. Elle tombe définitivement le 20 (36°5). Dès lors, l'apyrexie est définitive et les divers symptômes disparaissent progressivement. Le 23, le testicule droit est encore un peu douloureux, mais son volume a diminué ; la gorge présente une rougeur à peine appréciable ; la langue est encore un peu saburrale ; le malade a faim ; on permet une alimentation légère et on prescrit une décoction de quinquina.

Le 26, l'état général est excellent ; le testicule n'est plus volumineux, la gorge a repris sa coloration normale ; le malade peut être considéré comme guéri. Il est suivi jusqu'au 12 mars, date à laquelle il sort, sans avoir présenté de manifestations nouvelles.

Observation II

Oreillons parotidiens. — Orchite. — Angine herpétique. — Hyperthermie. — Scarlatine tardive.

D... E..., soldat au 2e génie, entre, le 19 février 1909, dans le service de M. le professeur Carrieu, au pavillon des contagieux.

Depuis deux jours, il se plaint d'une douleur siégeant au niveau des deux régions parotidiennes ; au moment où

il se présente à nous, il accuse, en même temps que ces phénomènes douloureux, une légère gêne à la déglutition ; l'appétit est diminué ; pas de toux ; pas de vomissements ; ni constipation, ni diarrhée.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle ; jamais de blennorragie ; il a reçu, dans son enfance, sur l'arcade sourcilière gauche et sur la paupière du même côté, un coup qui a laissé une cicatrice indélébile.

Antécédents héréditaires. — Sa mère souvent malade, sans pouvoir préciser de quelle affection.

Examen. — Les deux régions parotidiennes sont tuméfiées et douloureuses à la pression ; la peau conserve sa coloration normale ; le gonflement présente sur tous ses points la même résistance élastique. La gorge laisse voir une rougeur à peine appréciable, la langue est saburrale. La température est de 37°2, l'état général est excellent ; le pouls est à 72.

Le 20, même état ; le matin, la température de la veille persiste, et le soir, le thermomètre monte à 38°8.

Le 21, le malade accuse une dysphagie douloureuse assez intense, il vomit ; céphalée légère. Le gonflement ourlien ne s'est pas modifié ; la gorge est rouge, les amygdales grosses, luisantes, mais ne présentent aucun dépôt pultacé ni pseudo-membraneux. La température, de 38°4 le matin, atteint, le soir, 39°2 ; le pouls est à 100. On prescrit 0 gr. 90 de sulfate de quinine en trois cachets et le gargarisme habituel à l'eau oxygénée.

Le 22 au matin, la tuméfaction et la douleur parotidienne sont moins marquées, mais le malade éprouve une douleur à la déglutition encore plus vive que la veille, les vomissements sont fréquents, la constipation apparaît. L'arrière-gorge présente à peu près les mêmes caractères que la veille ; la bouche paraît cependant un peu

plus sèche ; on ne note ni rougeur spéciale, ni gonflement sur le pourtour des orifices des canaux de Sténon ; la température est de 38°6.

Le soir, elle atteint 40°3 ; le malade accuse une légère douleur au niveau du testicule droit ; on note un léger état typhoïde et un peu de subdélire.

Le 23, on constate que la peau du scrotum est rouge et tendue, et la palpation permet de constater une tuméfaction portant surtout sur le testicule, qui conserve sa forme lisse et arrondie.

La température se maintient toute la journée dans les environs de 39°5.

Le 24, on constate les mêmes signes de l'orchite, mais l'état général présente une aggravation subite. Le malade est pris de frissons ; l'intolérance gastrique est absolue ; un certain degré de trismus gêne l'examen de la gorge ; on arrive cependant à constater une rougeur très intense du pharynx, accompagnée d'une tuméfaction énorme des amygdales, sur lesquelles on découvre un ou deux points blancs et quelques vésicules à contenu opalin. On continue les lavages à l'eau oxygénée et on les alterne avec les gargarismes au salicylate de soude.

Le malade délire un peu. La température, qui était, le matin, de 40 degrés, atteint, le soir, 40°5. On prescrit 0 gr. 60 de pyramidon en quatre cachets.

Le 25 la température est tombée à 37 degrés. Le malade a eu pendant la nuit d'abondantes sueurs ; les vomissements ont cessé, la dysphagie est moins intense ; la gorge est encore rouge, mais les vésicules d'herpès ont disparu. La recherche du bacille de Lœffler, faite la veille, a été négative.

Les jours suivants, les divers symptômes s'atténuent et disparaissent.

Le 30, le malade ne présente plus qu'une légère douleur du testicule. Il reste dans le service d'isolement pendant toute la durée de sa convalescence, et le 10 mars la guérison peut être considérée comme définitive. Le malade fait ses préparatifs de départ.

Le 15, il éprouve subitement des frissons intenses et une violente douleur de gorge. A l'apyrexie des jours précédents, succède une température de 39 degrés. Le malade s'alite, et nous l'examinons le lendemain, 16. Nous trouvons une angine, caractérisée surtout par sa coloration écarlate ; cette rougeur occupe toute l'arrière-gorge, qui est vernissée, mais se trouve plus particulièrement marquée au niveau des amygdales ; celles-ci sont tuméfiées, la luette est œdématiée. Le soir, apparaît sur la poitrine, à la face interne des cuisses et dans l'aisselle une éruption nettement scarlatineuse. Interrogé, le malade nous apprend que dans sa convalescence, il s'est trouvé plusieurs fois en contact avec des convalescents de scarlatine. Cette nouvelle affection évolue sans incidents notables, sauf des traces d'albumine dans les urines. Mais aucune complication ne survient. La desquamation commence vers le 25 mars ; elle est terminée au bout d'une quinzaine de jours.

Le 18 avril, le malade sort complètement guéri.

Observation III

Oreillons parotidiens. — Angine pultacée et orchite

C... E..., soldat au 2e génie, entre, le 13 février 1909, dans le service de M. le professeur Carrieu, au pavillon des contagieux.

Depuis deux ou trois jours le malade se plaint d'un malaise général ; il n'a pas d'appétit ; il n'est pas allé à la

selle. Le matin du jour où il entre, il a éprouvé une douleur assez violente au niveau de l'angle de la mâchoire.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, il y a un an, un embarras gastrique fébrile ; jamais de blennorragie ; sa santé habituelle est bonne.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Examen. — Il existe au niveau de la région parotidienne gauche une tuméfaction large, créant une asymétrie faciale particulière ; la peau conserve à ce niveau sa coloration normale, la palpation est douloureuse et donne la sensation d'un gonflement élastique uniforme.

La gorge ne présente rien de particulier, la langue est étalée, humide, recouverte d'un dépôt blanchâtre ; l'état général est bon ; la température est de 37°9. On met le malade à la diète (bouillon, lait), sans aucun médicament. On combat la constipation par des lavements d'eau bouillie.

Le 14 février, la tuméfaction parotidienne est bilatérale ; la douleur est assez vive ; la température est de 38°2 le matin et de 38°4 le soir. On prescrit 0 gr. 90 de sulfate de quinine.

Le 15 et le 16, rien de particulier ; la température baisse un peu (37°5 et 38°).

L'examen de la gorge, pratiqué le 16, révèle une rougeur plus particulièrement marquée au niveau du voile du palais et des amygdales ; le pourtour des orifices des canaux de Sténon est saillant, plus rouge que le reste de la muqueuse ; la bouche est sèche, la langue est moins étalée que le premier jour ; elle est recouverte d'un dépôt blanc grisâtre ; pas d'adénopathie rétro-maxillaire.

Dans la nuit du 16 au 17, le malade a des frissons, il vomit.

Le 17 au matin, il accuse une violente douleur à la gorge, surtout marquée au moment de la déglutition. En même

temps, il se plaint d'une douleur siégeant au niveau du testicule gauche ; à l'examen, on trouve la gorge un peu plus rouge que les jours précédents, le testicule est un peu plus augmenté de volume et douloureux à la pression ; lavage de la gorge à l'eau oxygénée et application sur le scrotum de pommade à l'ichthyol et au gaïacol. La température est de 39°1.

Le 18, la dysphagie est encore accrue, le malade a des nausées et des vomissements ; on trouve sur les amygdales un dépôt pultacé blanc-grisâtre, qu'on enlève facilement, et qui laisse au-dessus de lui la muqueuse rouge, congestionnée, mais sans aucun suintement sanguin.

Dans la région sous-maxillaire, existent deux ou trois petits ganglions nettement appréciables à la palpation.

La tuméfaction parotidienne a disparu. La température est le matin de 39°6, le soir, de 40°5. Traces d'albumine dans les urines. On prescrit 0 gr. 60 de pyramidon en quatre cachets. La nuit, le malade a un peu de subdélire. Le lendemain matin, la température est de 38°2, le soir, de 39°5. L'état de la gorge est toujours stationnaire ; l'examen bactériologique du dépôt pultacé montre qu'il ne s'agit pas d'une angine diphtérique. Dans la nuit, le malade a encore un peu de délire ; il continue à vomir et sue abondamment. Le lendemain matin 20 février, la température est de 36°5, l'état général est sensiblement amélioré ; la gorge est toujours rouge, mais presque complètement dépouillée de son enduit pultacé ; le testicule présente toujours la même tuméfaction douloureuse qu'au début ; la température, le soir, est de 37°4. On suspend le pyramidon.

Les jours suivants, l'amélioration continue, les différents symptômes s'amendent, le malade avale très bien les liquides, ne vomit plus, l'appétit revient, le gonflement

testiculaire disparaît presque entièrement ; plus d'albumine dans les urines ; le malade commence à prendre des aliments solides le 26.

Le 3 mars, l'état général est excellent : angine et orchite ont entièrement disparu ; le malade est suivi jusqu'au 11 mars, date à laquelle il sort complètement guéri.

DESCRIPTION CLINIQUE DE CES ANGINES GRAVES

Si nous essayons de dégager de ces observations le type clinique de ces angines, nous voyons qu'elles diffèrent de l'angine habituelle des oreillons par leur intensité plus grande, leur fracas symptomatique plus troublant et une hyperthermie inaccoutumée ; mais leur moment d'apparition est le même ; le début coïncide avec la tuméfaction parotidienne ; l'évolution est à peu près parallèle au gonflement et se termine avec lui. Un fait constant est que l'intensité des phénomènes angineux se manifeste progressivement ; dans tous les cas, le début a été insidieux, léger, l'angine a été d'abord bénigne, puis elle s'est aggravée petit à petit, et ceci est un caractère qui nous permet d'opposer cette angine ourlienne à d'autres inflammations pharyngées de forme analogue mais de nature peut-être différente. En effet, dans deux de nos observations, l'angine a été à forme herpétique, et bien qu'au moment de la période d'état les phénomènes aient été aussi intenses que dans n'importe quelle angine herpétique, le début a été tout autre. Nous savons, en effet, que l'angine herpétique ordinaire débute brusquement et bruyamment par un frisson solennel, une céphalée violente, simulant presque la méningite, une douleur atroce de la gorge ; dans nos observations, au contraire, l'ap-

parition des mêmes symptômes s'est faite d'une façon progressive, et le thermomètre a atteint une température de 41 degrés, qu'il ne marque pas ordinairement en pareil cas. Si le début offre cette particularité de progression qu'il importait de faire remarquer, la période d'état et la terminaison ne présentent rien qu'on ne puisse rencontrer dans les angines semblables non ourliennes.

De plus, si dans toutes nos observations l'amygdalite a été constante, elle ne constituait pas la seule localisation pharyngée, quoique la principale ; nous avions bien affaire à une véritable angine, c'est-à-dire que l'inflammation s'étendait en même temps aux amygdales, aux piliers, au voile et à la paroi postérieure du pharynx. Enfin, comme dans toutes les angines ourliennes, la bouche participait à l'inflammation et présentait la sécheresse accoutumée. Cette angine a été d'abord érythémateuse, puis (obs. III) on a constaté, en même temps que la rougeur, un dépôt pultacé blanc-grisâtre, se détachant facilement, et ne laissant pas d'ulcération ni de piqueté hémorragique après son ablation. Enfin, les deux premières observations nous ont offert une angine nettement herpétique : sur le voile du palais et sur les amygdales existaient des vésicules de petit volume à contenu opalin ; cette éruption s'accompagnait de douleur pharyngée très violente, d'une véritable sensation de brûlure, de cuisson ardente, entraînant une dysphagie absolue, en même temps qu'un certain degré de trismus gênait l'examen de la gorge. Cependant, malgré l'intensité de ces phénomènes locaux, l'engorgement ganglionnaire était très modéré : à peine une légère adénopathie de chaque côté de l'angle inférieur de la mâchoire.

Ces angines s'accompagnaient d'un état gastrique des plus nets ; l'atteinte du tube digestif était révélée, en

outre de ces lésions pharyngées, par l'état saburral de la langue, l'inappétence, des douleurs épigastriques, des vomissements, de la constipation.

Du côté des autres appareils, nous constations des signes de retentissement d'une infection grave ; les urines étaient rares, chargées, et les phénomènes d'excitation cérébrale se manifestaient par du subdélire ; d'autres complications survenaient à leur tour mais, chose remarquable, à ce moment-là, la tuméfaction ourlienne avait généralement disparu.

Cependant, pas d'atteinte du myocarde ; le pouls, relativement peu rapide, malgré la gravité des phénomènes généraux, a toujours été plein et bien frappé.

Durant tout ce temps-là, l'état général s'est maintenu très grave, la température très élevée, et c'est même un fait peu ordinaire que cette hyperthermie au cours d'une affection qui s'accompagne ordinairement de fièvre modérée, sinon d'apyrexie complète.

Dans les observations I, II, III, la température atteint respectivement 41° et 40°5 au moment où l'angine est à son maximum.

Si nous notons qu'à ce moment la tuméfaction parotidienne a disparu ou est en voie de disparition et qu'il n'existe aucune complication de nature à expliquer cette ascension du thermomètre, nous sommes en droit de l'attribuer à l'angine ; du reste, nous savons que les angines herpétiques et même les angines banales, s'accompagnent toujours de température élevée, sans toutefois provoquer une pareille hyperthermie. Si dans la première observation, la température maximum (41°3) a été notée au moment de l'orchite, nous avons eu déjà 41 degrés pendant l'angine.

L'évolution a été cependant assez rapide et s'est effec-

tuée en 5 ou 6 jours, sans laisser de séquelles au niveau des amygdales ou du tissu lymphoïde buccal et pharyngien, et l'infection ne s'est pas prolongée à l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. Le pronostic, malgré l'allure bruyante et fébrile des divers symptômes, malgré l'hyperthermie n'est, en somme, pas plus grave que celui d'une angine sévère, érythémateuse, pultacée, herpétique ou pseudo-membraneuse non diphtérique. C'est dire que nous avons quelque droit de considérer la guérison comme la règle, et si, au cours de cette description, nous avons pu dire de ces angines qu'elles étaient graves, cette épithète avait moins une signification pronostique qu'elle ne visait l'intensité des phénomènes pharyngés ; elle indiquait seulement le fracas inaccoutumé de la symptomatologie et non la gravité vraie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'angine ourlienne comporte plusieurs étapes. Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur ce qu'il a de positif en ce qui concerne l'angine elle-même ; le simple examen de la gorge ne permet aucun doute à ce sujet, mais deux points doivent être spécialement discutés :

1° S'agit-il d'une angine ourlienne ?

2° Les symptômes généraux observés doivent-ils être rattachés à l'angine ou à une autre complication des oreillons ?

I

Diagnostic de la période de début

Il s'agit d'une angine ourlienne. — Ce diagnostic est généralement facile, lorsqu'en même temps que l'angine existe la tuméfaction parotidienne. Mais lorsque l'angine apparaît comme la première manifestation de l'infection, le diagnostic ne peut être fait, si la notion d'épidémicité ne fait presentir les ourles.

Jourdan l'avait bien remarqué, quand il écrivait : « La plupart de nos malades venaient d'abord se plaindre de mal à la gorge, et le lendemain ou le surlendemain seulement apparaissait le gonflement parotidien ». Donc, à cette période de début, deux erreurs sont possibles :

a) L'angine est évidente, mais les oreillons sont méconnus, et si le malade accuse une douleur dans l'angle de la mâchoire, on pense à un peu de trismus, consécutif à l'inflammation pharyngée ; de plus, la douleur et l'empâtement des régions parotidiennes et sous-maxillaires mal observées, peuvent en imposer pour une adénopathie secondaire à l'angine.

b) L'angine peut être prise pour une angine primitive banale, ou pour l'angine de début d'une maladie infectieuse : scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, rhumatisme. Il est entendu que la confusion avec l'angine banale peut être faite, mais l'aspect vernissé de la gorge, une coloration écarlate des amygdales, avec langue framboisée, température montant d'emblée à 40 degrés et adénopathie rétro-maxillaire précoce feront, sans hésitation aucune, songer à une angine scarlatineuse du début. Quant à l'angine diphtérique, elle est comparable à l'angine ourlienne, en ce sens qu'elle débute comme elle par des phénomènes modérés, une température peu élevée d'emblée, l'abattement, et surtout l'existence d'une adénopathie rétro-maxillaire très volumineuse, caractéristique ; de plus, sans attribuer une valeur absolue aux divers aspects du pharynx (forme pseudo-membraneuse, confluente, septique, érythémateuse), l'aspect de la gorge d'un diphtérique est bien différent de celui que nous avons noté dans nos cas d'angine ourlienne.

Enfin, les ulcérations superficielles des piliers antérieurs du début de la période d'état de la fièvre typhoïde et les douleurs de gorge observées dans le rhumatisme articulaire aigu et la grippe, s'accompagnent d'un ensemble symptomatique qui n'a rien de commun avec les oreillons.

II

Diagnostic de la période d'état

On a reconnu l'existence d'une angine qui suit une marche parallèle à celle des oreillons, c'est le cas habituel ; mais dans les cas graves, la tuméfaction parotidienne disparaît, pendant que l'angine persiste et qu'on observe des phénomènes généraux indiquant une complication. Quelle est cette complication ?

a) Cette recrudescence des phénomènes généraux, avec dysphagie intense, embarras gastrique, vomissements pénibles, élévation thermométrique survenant vers le 5e ou 6e jour, fait ordinairement pressentir l'orchite, mais il eût été facile de la constater, et chez nos malades la première douleur testiculaire a été accusée deux jours après le maximum de l'angine, alors que déjà elle s'atténuait.

b) D'autre part, les phénomènes digestifs très nets que nous avons observés (crises gastriques, douleurs épigastriques, vomissements), auraient pu aiguiller notre diagnostic vers la pancréatite ourlienne, mais combien de signes de cette pancréatite nous manquaient ! pas de vomissements bilieux, ni hémorragiques (Devèze et Sarradon), pas d'ictère, ni de diarrhée séreuse, puisqu'au contraire, constipation opiniâtre, et puis la douleur intense de la gorge et son examen levaient tous les doutes.

c) Enfin, cet état général, cette hyperthermie, la céphalée intense, la constipation coïncidant avec des phénomènes d'excitation cérébrale et un pouls relativement lent pouvaient nous faire songer à un début de méningite our-

lienne, mais pas de signe de Kernig, pas de convulsions, pas de ventre en bateau, pas de strabisme.

Les symptômes généraux observés dépendaient donc de l'angine, comme nous tâcherons de le prouver avec plus de détails dans le chapitre suivant.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Dans les chapitres précédents, nous avons établi les caractères variables de l'angine ourlienne. Notre étude a été uniquement descriptive. Nous avons rapporté des statistiques et des observations qui nous permettent d'affirmer l'existence de déterminations pharyngées graves, au cours des oreillons ; il nous reste à interpréter les faits, en recherchant quelles sont les relations de l'angine et de l'infection ourlienne.

I. Dans tous les cas observés, l'apparition de l'angine semble devoir être rattachée au processus général des oreillons. La démonstration de ce rapport de causalité doit être établie pour les deux grands groupes de faits que nous avons distingués : angines bénignes, habituelles, classiques, d'une part, et de l'autre, angines graves, complications exceptionnelles, dont nos observations paraissent constituer les seuls exemples.

a) En ce qui concerne l'angine bénigne, habituelle, il apparaît très nettement qu'elle est sous la dépendance des oreillons. En effet, elle se présente dans des conditions presque toujours identiques, au début de la maladie ; ses caractères sont toujours comparables ; qu'elle soit érythémateuse ou pultacée, elle est toujours très légère et présente une bénignité remarquable ; enfin, son évolution est parallèle à celle du gonflement parotidien, apparais-

sant avec lui ou le précédant de quelques heures ; elle s'atténue vers le troisième ou le quatrième jour et disparaît généralement avec lui vers le sixième. D'autre part, l'angine des oreillons ne constitue pas un fait isolé dans la nosologie : des déterminations pharyngées sont souvent observées au cours des maladies infectieuses, constantes dans la scarlatine, fréquentes dans la variole, le rhumatisme articulaire aigu, la dothiénentérie, la grippe.

A ce point de vue spécial, les remarques de Trousseau et Peter (qui comparaient les oreillons aux rhumatismes), et de Guéneau de Mussy (qui les comparait à une fièvre éruptive), se trouvent vérifiées et précisées ; bien qu'on ne connaisse qu'imparfaitement l'agent pathogène des oreillons, il n'est pas douteux qu'ils doivent être rattachés à un processus infectieux ; or, nous connaissons l'importance des réactions du tissu lymphoïde et en particulier des amygdales au cours de la lutte de l'organisme contre les éléments microbiens de diverse nature.

Mais l'analogie est surtout évidente entre l'angine des oreillons et l'angine de la scarlatine. Dans les deux affections, en effet, les signes pharyngés se montrent dès le début ; dans la fièvre ourlienne, ils apparaissent en même temps que le gonflement parotidien, mais très souvent aussi le précèdent ; leur évolution est rapide, leur disparition précoce, et il est rare que l'angine persiste au moment où apparaissent les complications graves (orchite, méningite, néphrite, congestion pulmonaire). Dans la fièvre scarlatine, ils constituent toujours la première manifestation de la maladie, et quelle que soit leur intensité, s'atténuent en peu de jours et ont généralement disparu quand surviennent les accidents graves et tardifs.

Jourdan avait déjà songé à cette analogie, quand il écrivait : « Ne pourrions-nous pas voir dans cette ma-

nifestation un exanthème pharyngien analogue à celui qui accompagne la scarlatine et qui se montre lui aussi dans la première période de la maladie ? »

Des caractères de l'angine observée au cours des oreillons et des analogies qu'elle présente avec l'angine des autres affections, nous pouvons conclure que l'angine bénigne accompagnant le gonflement parotidien relève du processus général des oreillons.

b) Il est plus difficile de rattacher à ce processus nos trois cas d'angines graves. Nous avons à répondre à deux objections sérieuses ; elles sont d'abord peu fréquentes ; nos observations paraissent les seules publiées jusqu'à ce jour ; en second lieu, le tableau clinique de ces angines est très différent de celui de l'angine habituelle des oreillons. Deux de nos observations ont trait à des angines herpétiques, la troisième se rapporte à une angine pseudo-membraneuse. D'autre part, si le début de ces angines a paru coïncider avec l'apparition du gonflement parotidien, il n'est pas moins vrai qu'elles n'ont atteint leur maximum que quelques jours après, au moment où ce gonflement était en décroissance, et n'ont présenté aucun parallélisme avec celui-ci.

Nous devons donc nous demander si par suite d'une coïncidence nous n'avons pas observé l'évolution simultanée de deux affections différentes, sans relations pathogéniques entre elles. A un autre point de vue, si comme précédemment nous essayons de raisonner en recherchant les analogies entre les angines graves des oreillons et l'angine grave d'autres affections, et en particulier de la scarlatine, nous voyons qu'il nous est difficile de faire dépendre d'un même processus infectieux des manifestations pharyngées aussi intenses.

En effet, nous savons que fréquemment l'angine scar-

latineuse acquiert une telle intensité qu'elle domine la scène : le gonflement amygdalien est énorme, la dysphagie extrême dans quelques cas, l'aspect vernissé de la gorge disparaît sous un enduit pultacé, ou même sous un revêtement pseudo-membraneux ; ce n'est plus un sympôme habituel, mais une véritable complication. Et si dans beaucoup de cas, la scarlatine paraît être seule en cause dans la production de ces graves inflammations du pharynx, dans d'autres, il faut incriminer des affections secondaires. Les hôtes microbiens habituels de la cavité buccale peuvent déterminer des lésions ulcéreuses, pseudo-membraneuses, réalisant parfois le tableau de l'esquinancie ; des anaérobies transforment la réaction inflammatoire en un processus nécrotique, produisant des angines gangréneuses, souvent mortelles. Enfin, en dépit de l'aphorisme de Trousseau, les fausses membranes de l'angine précoce, peuvent être de nature diphtérique. Les complications exceptionnelles qui ont fait l'objet de nos observations ne peuvent être rattachées au processus général des oreillons, que si nous ne retrouvons dans leur étiologie aucune autre cause que l'infection ourlienne.

Un point nous paraît nettement établi : si ces angines graves sont dues à des infections secondaires, elles relèvent d'agents pathogènes communs, et non de microbes d'infections déterminées. Et d'abord il ne s'agit pas d'une angine diphtérique. Sans doute, Dieulafoy a montré que la diphtérie pouvait causer des angines herpétiques à température très élevée et peu en rapport avec l'allure générale des angines à bacille de Lœffler. Mais, dans nos deux premières observations, l'ensemencement d'un frottis de la gorge sur sérum n'a pas cultivé ; d'autre part, on ne pourrait supposer la coexistence d'une scarlatine angineuse, aucun de ces malades n'ayant présenté, ni érup-

tion, ni desquamation consécutives ; et la meilleure preuve que nous n'avons pas affaire à des angines scarlatineuses méconnues, c'est qu'un de nos malades, après une grave atteinte d'oreillons, a contracté la scarlatine pendant sa convalescence, 25 jours après sa première douleur de gorge.

Enfin, nous n'avons constaté chez nos malades, ni douleurs articulaires pouvant faire penser à un rhumatisme, ni symptômes de dothiénentérie ou de grippes, ni plaques érythémateuses, ni signe de fièvre éruptive.

Par contre, si le maximum de l'angine a été atteint au moment où le gonflement parotidien commençait à décroître, il n'en est pas moins certain que le début des manifestations pharyngées a coïncidé avec ce gonflement, et comme pour l'angine bénigne, nous pouvons donc admettre des rapports de cause à effet entre les oreillons et l'angine grave qui les a accompagnés.

II. Il faudrait maintenant préciser comment agit cette cause, si elle est réellement déterminante ou simplement prédisposante, en d'autres termes, l'angine des oreillons est-elle déterminée par l'agent pathogène spécial de cette maladie ou bien est-elle due à des microbes divers agissant par suite d'une mise en état de moindre résistance de la gorge.

Les recherches de Capitan et Charrin, de Bouchard, Laveran et Quatrin (1883), de Teissier, de Michaëlis (Berlin, 1897), ont abouti à des résultats contradictoires sur le microbe réel des oreillons. Aucune des bactéries très diverses qu'ils ont trouvées, ne paraît spécifique, car dans aucun cas leur inoculation n'a été positive.

En présence de pareilles incertitudes, il eût été téméraire de notre part d'entreprendre des recherches bac-

tériologiques pour essayer de démontrer la présence d'un même microbe au niveau de la glande et sur les amygdales ; nous en sommes donc réduits à des hypothèses.

III. Le défaut de précision de notre étude étiologique a pour conséquence obligée une incertitude encore plus grande en ce qui concerne la pathogénie de l'angine ourlienne.

Deux hypothèses assez séduisantes se présentent naturellement à l'esprit : cet état inflammatoire des parotides avec modification de la salive, et un état de sécheresse buccale particulier ne produirait-il pas l'angine par propagation de l'agent infectieux ? Ou inversement, puisque la pénétration des divers agents pathogènes se fait souvent par les amygdales, le microbe des oreillons ne suivrait-il pas cette voie, et débutant par les amygdales (avec l'angine comme première manifestation de la maladie), ne se propagerait-il pas au tissu lymphoïde de la bouche et par infection de voisinage aux canaux de Sténon et aux parotides ? Ce ne sont là que de simples hypothèses, mais pourquoi ne pas les émettre, malgré les critiques qui peuvent leur être adressées ?

IV. En terminant, nous devons nous demander si quelques causes adjuvantes locales (telles que maux de gorge habituels, état lacunaire ou hypertrophique des amygdales), ne sont pas venues favoriser la réalisation de ces angines graves. Les antécédents personnels de nos malades et l'examen de leur gorge ne nous ont rien décelé sur ce point et nous sommes obligé, pour nous expliquer cette localisation peu commune de l'infection, de recourir à ce que les anciens appelaient le « génie épidémique », terme vague sans doute, mais qui résumait bien leur opinion,

classique aujourd'hui, sur la diversité d'allure des épidémies, tant sous le rapport de la gravité que de la prédominance de certaines formes. Les exemples pourraient s'en multiplier à l'infini, depuis les scarlatines bénignes de Sydenham jusqu'aux scarlatines malignes, angineuses ou néphrétiques décrites par Trousseau, sans parler des épidémies de variole, de grippe ou de fièvre typhoïde que nous pouvons observer autour de nous. Pourquoi dans une telle épidémie, telle localisation, alors que dans des conditions identiques les localisations et la gravité avaient été toute différentes, et ne nous est-il pas permis de penser que l'épidémie de 1909 a frappé plus particulièrement les amygdales et le pharynx, de même que les années précédentes elle avait frappé les organes génitaux, le rein, le poumon ou le pancréas ?

TRAITEMENT

Au point de vue prophylactique, il serait bon, pendant les épidémies d'oreillons, d'assurer l'antisepsie de la gorge par des gargarismes fréquents, et celle des fosses nasales par l'aspiration de pommade au menthol et à l'acide borique, ou à la résorcine.

De même, pour ne pas favoriser cette localisation de l'agent pathogène, nous pensons qu'il y aurait intérêt à se préoccuper un peu plus qu'on le fait habituellement de l'état lacunaire ou hypertrophique des amygdales, des granulations du pharynx, des végétations adénoïdes et mettre ainsi, par un traitement approprié, la bouche, la gorge et le pharynx dans un état aussi parfait que possible de résistance.

Quant au traitement proprement dit, les indications tirées de l'état local seront remplies par des gargarismes variant avec la forme de l'angine : solutions de salicylate de soude à 5 p. 100 pour les formes herpétiques, dilutions d'eau oxygénée ou de liqueur de Labarraque pour toutes les autres formes.

L'hyperthermie sera combattue par le pyramidon à la dose de 0 gr. 60 par jour, divisés en 4 cachets, et si la

température ne cédait pas, on pourrait avoir recours à la balnéation tiède ou froide.

Enfin, on ne négligera pas le tube digestif, dont l'atteinte a été très nette au cours de nos observations et on surveillera le cœur.

CONCLUSIONS

I. L'angine est un symptôme habituel des oreillons ; elle existe dans 62 0/0 des cas ; elle est bénigne, apparaît en même temps que la fluxion parotidienne ou la précède, et disparaît avec elle vers le cinquième ou sixième jour.

II. Dans quelques cas, cette angine présente une intensité particulière et constitue le symptôme dominant de l'infection ourlienne; elle n'est pas seulement érythémateuse, comme lorsqu'elle est bénigne, elle prend une forme plus grave et peut être herpétique ou pultacée ; c'est une complication exceptionnelle, et qui s'accompagne d'hyperthermie, sans assombrir le pronostic.

III. Cette angine est sous la dépendance du processus ourlien, mais nous ne pouvons affirmer si elle est causée par le microbe des oreillons ou par infection secondaire favorisée par la sécheresse de la bouche et la modification de la sécrétion parotidienne.

IV. Dans les angines graves, pas de complications du côté de l'oreille moyenne, alors qu'on en observe dans les angines bénignes.

BIBLIOGRAPHIE

Hippocrate. — Traduction de Daremberg.

A. Paré (œuvres d'). — 3e édition.

Trousseau. — Archives générales de Médecine, 1854, p. 79. Cliniques de l'Hôtel-Dieu, tome I, p. 219.

Rilliet. — Mémoires sur une épidémie d'oreillons à Genève en 1848. Gazette médicale, 1850.

Rilliet et Barthez. — Traité des Maladies des Enfants, 1861, tome II, p. 609.

Laveran. — Traité des maladies des armées.

Carpentier. — Thèse de Paris, 1869.

Collin. — Union Médicale, 1876.

Chauvin, Juloux, Laurens, Sorel, Serviet. — Relations d'épidémie d'oreillons. Recueil de mémoires de médecine militaire, 1876-77-78.

Madamet. — Id. 1877. Epidémie du 1er hussards.

Jourdan. — Id. 1878. Epidémie de Dax.

Gailhard. — Thèse de Montpellier, 1877.

Catrin. — Gazette des Hôpitaux, 1895.

Comby et Marfan. — Traité des Maladies des Enfants.

Hudelo. — Oreillons. Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Guinon. — Oreillons. Traité de médecine de Bouchard et Brissaud.

MANDONNET. — Paralysie du voile du palais dans un cas d'oreillons. Centre Médical et pharmac. Gannat, 1902-03, p. 148.

DEVÈZE et SARRADON. — Relation de deux épidémies d'oreillons à Montpellier, 1903 et 1905.

FOQUET — La fièvre ourlienne : évolution et complications. Annales médico-chirurgicales, 1906, p. 152-155.

MÉNAGER. — Remarques sur les oreillons. Gazette Médicale de Nantes, 1907, p. 521-529.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 13 juillet 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 13 juillet 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

L'ANGINE OURLIENNE